

## **Medidas de resultados de clientes de CSAT GPRA referentes a programas discricionários**

**Data de revisão: 01/06/2012**

---

O ônus da elaboração de relatórios públicos referentes à coleta destas informações é estimado como, em média, 30 minutos por resposta, incluindo-se o tempo necessário para ler as instruções, pesquisar as fontes de dados existentes, reunir e manter os dados necessários, e fornecer e revisar as informações coletadas, se forem solicitadas respostas do cliente/participante a todas as questões. Considerando-se que os prestadores de serviços obtêm a maioria dessas informações durante o processo de admissão ou acompanhamento do cliente/participante, poderá ser necessário menos tempo. Envie comentários sobre esta estimativa de ônus ou qualquer outro aspecto relacionado a esta coleta de informações a: SAMHSA Reports Clearance Officer, Room 7-1044, 1 Choke Cherry Road, Rockville, MD 20857, EUA. A menos que conste um número de controle OMB vigente, uma agência pode não realizar ou patrocinar, e nenhuma pessoa é obrigada a responder, esta coleta de informações. O número de controle referente a este projeto é: 0930-0208.

---

## A. ADMINISTRAÇÃO DE REGISTROS

ID do cliente \_\_\_\_\_

Tipo de cliente:

- Cliente em tratamento  
 Cliente em recuperação

ID do contrato/subsídio \_\_\_\_\_

Tipo de entrevista **[FAÇA UM CÍRCULO INDICANDO APENAS UM TIPO]**

Admissão [VÁ À DATA DA ENTREVISTA]

Acompanhamento de 6 meses → → → Você fez uma entrevista de acompanhamento?  Sim  Não

**[SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA, PULA DIRETO PARA SEÇÃO I]**

Acompanhamento de 3 meses **[APENAS PARA PRONTUÁRIOS DE ADOLESCENTES]** →  
Você fez uma entrevista de acompanhamento?  Sim  Não **[SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA, PULA DIRETO PARA SEÇÃO I]**

Alta → → → Você fez uma entrevista na ocasião da alta?  Sim  Não  
**[SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA, PULA DIRETO PARA SEÇÃO I]**

Data da entrevista \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mês Dia Ano

**[ENTREVISTAS DE ACOMPANHAMENTO E ALTA: PULA PARA SEÇÃO B]**

---

**1. O cliente passou pela triagem do programa quanto à co-ocorrência de distúrbio psiquiátrico e uso de substância?**

- SIM  
 NÃO [PULA 1a]

**1a. [SE A RESPOSTA FOR POSITIVA] O resultado da triagem do cliente foi positivo quanto à co-ocorrência de distúrbio psiquiátrico e uso de substância?**

- SIM  
 NÃO

[SBIRT , CONTINUAR. OUTROS, PULAM PARA A SEÇÃO “SERVIÇOS PLANEJADOS”]

---

**ESTA SEÇÃO É PERTINENTE APENAS PARA OS SUBSÍDIOS SBIRT [ITENS 2, 2a, & 3 - RELATADOS APENAS NA OCASIÃO DA ADMISSÃO/LINHA DE BASE].**

**2. Qual foi o resultado da triagem do cliente no programa SBIRT?**

- Negativo
- Positivo

**2a. Qual foi o resultado mais alto do cliente na triagem?**

AUDIT = |\_\_|\_\_|

CAGE = |\_\_|\_\_|

DAST = |\_\_|\_\_|

DAST-10 = |\_\_|\_\_|

Guia NIAAA= |\_\_|\_\_|

ASSIST/Sub-escore de álcool = |\_\_|\_\_|

Outro (especifique) \_\_\_\_\_ = |\_\_|\_\_|

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. O cliente se dispôs a continuar a participar do programa SBIRT?**

- SIM
  - NÃO
-

**A. ADMINISTRAÇÃO DE REGISTROS – SERVIÇOS PLANEJADOS [INFORMAÇÃO SOBRE O CLIENTE RELATADA POR MEMBRO DA EQUIPE DO PROGRAMA NA OCASIÃO DA ADMISSÃO/LINHA DE BASE]**

**Indique os serviços que planeja prestar ao cliente durante o curso do tratamento/recuperação. [EM CADA ITEM, FAÇA UM CÍRCULO EM 'S' PARA INDICAR SIM OU EM 'N' PARA INDICAR NÃO]**

**Modalidade** **Sim Não**  
**[SELECIONE PELO MENOS UMA MODALIDADE]**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Administração de Casos   | S | N |
| 2. Tratamento em Hospital-dia   | S | N |
| 3. Internação/hospital (não para desintoxicação)                          | S | N |
| 4. Ambulatório  | S | N |
| 5. Serviços de Extensão à Comunidade                                      | S | N |
| 6. Ambulatório Intensivo  | S | N |
| 7. Metadona   | S | N |
| 8. Residencial/reabilitação   | S | N |
| 9. Desintoxicação (assinale apenas uma resposta) <input type="checkbox"/> |   |   |
| A. Internação Hospitalar  | S | N |
| B. Clínica Residencial Autônoma   | S | N |
| C. Desintoxicação em Ambulatório  | S | N |
| 10. Pós-tratamento  | S | N |
| 11. Apoio para Recuperação  | S | N |
| 12. Outra (especifique) _____   | S | N |

**[SELECIONE PELO MENOS UM SERVIÇO]**

**Serviços Terapêuticos** **Sim Não**

**[VERBAS, SBIRT: É NECESSÁRIO INDICAR 'S' PARA PELO MENOS UM DOS SERVIÇOS DE TRATAMENTO NUMERADOS DE 1 A 4]**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. Triagem   | S | N |
| 2. Intervenção Breve                                 | S | N |
| 3. Tratamento Breve                                  | S | N |
| 4. Encaminhamento para Tratamento                    | S | N |
| 5. Avaliação   | S | N |
| 6. Planejamento do Tratamento/recuperação            | S | N |
| 7. Orientação Individual                             | S | N |
| 8. Orientação em Grupo                               | S | N |
| 9. Orientação Familiar/casal                         | S | N |
| 10. Tratamento/serviços de Recuperação concomitantes | S | N |
| 11. Intervenção Farmacológica                        | S | N |
| 12. Orientação HIV/AIDS                              | S | N |
| 13. Outros Serviços Clínicos (especifique) _____     | S | N |

**Serviços de Administração de Casos** **Sim Não**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Serviços para Família (inclusive serviços educacionais para casais, pais, e serviços relacionados ao desenvolvimento infantil) | S | N |
| 2. Creche   | S | N |

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 3. Serviço Relacionado à Procura e Obtenção de Emprego           |   |   |
| A. Pré-emprego   | S | N |
| B. Orientação Relacionada a Emprego                              | S | N |
| 4. Coordenação de Serviços Individuais                           | S | N |
| 5. Transporte  | S | N |
| 6. Orientação Relacionada a HIV/AIDS                             | S | N |
| 7. Serviços Residenciais Transicionais em Ambiente sem Drogas    | S | N |
| 8. Outros serviços de administração de casos (especifique) _____ | S | N |

**Serviços Médicos** **Sim Não**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Atendimento Médico                               | S | N |
| 2. Teste de Drogas e Álcool                         | S | N |
| 3. Teste e Apoio Médico para Portadores de HIV/AIDS | S | N |
| 4. Outros Serviços Médicos (especifique) _____      | S | N |

**Serviços pós-tratamento** **Sim Não**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Cuidados Contínuos                                 | S | N |
| 2. Prevenção de Recaída                               | S | N |
| 3. Orientação para Recuperação                        | S | N |
| 4. Autoajuda e Grupos de Apoio                        | S | N |
| 5. Apoio Espiritual                                   | S | N |
| 6. Outros Serviços pós-tratamento (especifique) _____ | S | N |

**Serviços Educativos** **Sim Não**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Programa Educativo sobre Abuso de Substâncias  | S | N |
| 2. Programa Educativo sobre HIV/AIDS              | S | N |
| 3. Outros Serviços Educativos (especifique) _____ | S | N |

**Serviços de Apoio à Recuperação entre Pares** **Sim Não**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Orientação e Mentoria entre Pares                                      | S | N |
| 2. Apoio Relacionado a Moradia  | S | N |
| 3. Atividades Sociais em Ambiente sem Álcool nem Drogas                   | S | N |
| 4. Informações e Encaminhamento   | S | N |
| 5. Outros serviços de apoio à recuperação entre pares (especifique) _____ | S | N |

**A. ADMINISTRAÇÃO DE REGISTROS – DADOS DEMOGRÁFICOS [SOLICITADOS APENAS NA OCASIÃO DA ADMISSÃO/LINHA DE BASE]**

**1. Qual é o seu sexo?**

- MASCULINO
- FEMININO
- TRANSGÊNERO
- OUTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- RECUSA RESPONDER

**2. Você é de etnia hispânica ou latina?**

- SIM
- NÃO
- RECUSA RESPONDER

**[SE A RESPOSTA FOR POSITIVA] Você se considera parte de qual grupo étnico? Responda sim ou não em cada item a seguir. Você pode responder sim em mais de um item.**

	Sim	Não	RECUSA responder
Centro-americano	S	N	RECUSA RESPONDER
Cubano	S	N	RECUSA RESPONDER
Dominicano	S	N	RECUSA RESPONDER
Mexicano	S	N	RECUSA RESPONDER
Porto-riquenho	S	N	RECUSA RESPONDER
Sul-americano	S	N	RECUSA RESPONDER
Outro	S	N	RECUSA RESPONDER [SE A RESPOSTA FOI POSITIVA, ESPECIFIQUE A SEGUIR]

(especifique) \_\_\_\_\_

**3. Qual é a sua raça? Responda sim ou não em cada item a seguir. Você pode responder sim em mais de um item.**

	Sim	Não	Recuso responder
Negro ou afro-americano	S	N	RECUSO RESPONDER
Oriental	S	N	RECUSO RESPONDER
Natural do Havaí ou outra ilha do Pacífico	S	N	RECUSO RESPONDER
Natural do Alasca	S	N	RECUSO RESPONDER
Branco	S	N	RECUSO RESPONDER
Índigena americano	S	N	RECUSO RESPONDER

**4. Qual é a sua data de nascimento?\***

\_\_\_\_|\_\_\_\_| / \_\_\_\_|\_\_\_\_| / [ \*O SISTEMA SÓ GRAVA MÊS E ANO.  
MÊS      DIA      PARA MANTER O SIGILO, NÃO É GRAVADO O DIA]

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
ANO

- RECUSO RESPONDER

## PARENTES DE MILITARES E A QUESTÃO DE TRANSFERÊNCIA

5. Você já serviu alguma vez nas Forças Armadas, na Reserva, ou na Guarda Nacional? [SE SERVIU] Em que área você serviu, nas Forças Armadas, na Reserva ou na Guarda Nacional?

- NÃO
- SIM, NAS FORÇAS ARMADAS
- SIM, NA RESERVA
- SIM, NA GUARDA NACIONAL
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

**[SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA, RECUSO RESPONDER, OU NÃO SEI, PULA PARA A PERGUNTA A6.]**

5a. Você esta atualmente em serviço ativo nas Forças Armadas, na Reserva ou na Guarda Nacional? [SE ATIVO] Em que área das Forças Armadas, da Reserva ou da Guarda Nacional?

- NÃO, AFASTADO OU APOSENTADO DAS FORÇAS ARMADAS, RESERVAS OU GUARDA NACIONAL
- SIM, NAS FORÇAS ARMADAS
- SIM, NA RESERVA
- SIM, NA GUARDA NACIONAL
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

5b. Você já foi enviado alguma vez para uma zona de combate? [SELECIONE TODOS QUE SE APLICAM.]

- NUNCA FUI ENVIADO PARA ZONA DE COMBATE
- IRAQUE OU AFEGANISTÃO (E.G., OEF/OIF/OND)
- GOLFO PÉRSICO (OPERATION DESERT SHIELD/DESERT STORM)
- VIETNAM/SUDESTE DA ÁSIA
- CORÉIA
- SEGUNDA GUERRA MUNDIAL
- ENVIADO PARA UMA ZONA DE COMBATE NÃO LISTADA ACIMA (EX., BÓSNIA/SOMÁLIA)
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

**[SUBSÍDIOS SBIRT: PARA CLIENTES COM TRIAGEM, PULEM ITENS A6, A6a até A6d.]**

6. Existe algum membro da sua família ou alguém próximo a você em serviço ativo nas Forças Armadas, na Reserva, ou na Guarda Nacional ou afastado ou aposentado das Forças Armadas, da Reservas, ou da Guarda Nacional?

- NÃO
- SIM, SOMENTE UM
- SIM, MAIS DE UM
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

*[SE A RESPOSTA FOR NÃO, RECUSO RESPONDER, OU NÃO SEI, PULA PARA A SEÇÃO B.]*

**[SE A RESPOSTA FOR SIM, RESPONDA ATE 6 PESSOAS] Qual é o seu grau de parentesco com essa pessoa (Membro do Serviço)? [ESCREVA O GRAU DE PARENTESCO NA 1ª LINHA DE CADA COLUNA]**

- 1 = Mãe                      2 = Pai  
 3 = Irmão                    4 = Irmã  
 5 = Cônjuge                6 = Parceiro  
 7 = Filho                    8 = Outro (Especifique) \_\_\_\_\_

O Membro do Serviço passou-se por qualquer uma das seguintes experiências? [SELECIONE A RESPOSTA NA COLUNA APROPRIADA PARA TUDO QUE SE APLICA]	(Grau Parentesco) 1.	(Grau Parentesco) 2.	(Grau Parentesco) 3.	(Grau Parentesco) 4.	(Grau Parentesco) 5.	(Grau Parentesco) 6.
	<b>6a. Enviado para dar apoio em operações de combate (ex., Iraque ou Afeganistão)?</b>	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI
<b>6b. Ele(a) sofreu danos físicos durante a operação de combate?</b>	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI
<b>6c. Ele(a) desenvolveu sintomas de estresse ou dificuldades de se readaptar após o combate, incluindo PTSD, depressão, ou pensamento suicídios?</b>	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI
<b>6d. Faleceu ou foi morto?</b>	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> RECUSO RESPONDER <input type="radio"/> NÃO SEI

## B. USO DE DROGAS E ÁLCOOL

		Número de dias	RECUSO RESPONDER	NÃO SEI
<b>1.</b>	<b>Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou o seguinte:</b>			
a.	Qualquer tipo de bebida alcoólica <i>[SE A RESPOSTA FOR ZERO, PULA PARA O ITEM B1c]</i>	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b1.	Álcool até nível de intoxicação (5 ou mais doses em uma mesma ocasião)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b2.	Álcool até nível de intoxicação (4 ou menos doses em uma mesma ocasião, com sensação de "high")	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Drogas ilícitas <i>[SE A RESPOSTA PARA B1a OU B1c FOR = 0, RR, NS, PULA PARA O ITEM B2]</i>	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Álcool e drogas (no mesmo dia)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Vias de administração:

1. Oral 2. Nasal 3. Aspiração (fumar) 4. Injeção não intravenosa  
5. Injeção intravenosa

\*INDIQUE A VIA USUAL. EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO POR MAIS DE UMA VIA, ESCOLHA A MAIS GRAVE. AS VIAS DE ADMINISTRAÇÃO ESTÃO INDICADAS DA MENOS GRAVE (1) À MAIS GRAVE (5).

		Número de dias	RR	NS	Via*	RR	NS
<b>2.</b>	<b>Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou uma das substâncias a seguir: <i>[SE A RESPOSTA A ALGUM ITEM DE B2a A B2i FOR ACIMA DE 0, O VALOR EM B1c DEVERÁ SER ACIMA DE 0]</i></b>						
a.	Cocaína, crack	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b.	Maconha, haxixe (pot, joints, blunts, chronic, weed, Mary Jane)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c.	Opióides:						
1.	Heroína (smack, H, junk, skag)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Morfina	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Dilaudid	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Demerol	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Percocet	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Darvon	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Codeína	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Tylenol 2,3,4	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Oxycontin/Oxycodona	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d.	Metadona sem prescrição	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e.	Alucinógenos/drogas psicodélicas, PCP (angel dust, ozone, wack, rocket fuel) MDMA (ecstasy, XTC, X, ADAM), LSD (acid, boomers, yellow sunshine), cogumelos ou mescalina	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f.	Metanfetamina ou outras anfetaminas (meth, uppers, speed, ice, chalk, crystal, glass, fire, crank)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## B. USO DE DROGAS E ÁLCOOL (continuação)

### Vias de administração:

1. Oral 2. Nasal 3. Aspiração (fumar) 4. Injeção não intravenosa  
5. Injeção intravenosa

\*INDIQUE A VIA USUAL. EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO POR MAIS DE UMA VIA, ESCOLHA A MAIS GRAVE. AS VIAS DE ADMINISTRAÇÃO ESTÃO INDICADAS DA MENOS GRAVE (1) À MAIS GRAVE (5).

2. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou uma das substâncias a seguir: [SE A RESPOSTA A ALGUM ITEM DE B2a A B2i > 0, O VALOR EM B1c DEVERÁ SER > 0]

		Número de dias	RR	NS	Via*	RR	NS	
g.	1.	Benzodiazepinas: Diazepam (Valium); Alprazolam (Xanax); Triazolam (Halcion); Estazolam (Prosom e Rohypnol – também conhecidos como: roofies, roche, cope)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.	Barbitúricos: Mefobarbital (Mebacut); pentobarbital sódio (Nembutal)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.	GHB sem prescrição (conhecido como Grievous Bodily Harm, Liquid Ecstasy, Georgia Home Boy)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	4.	Ketamina (conhecida como Special K ou Vitamina K)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	5.	Outros tranquilizantes, sedativos ou hipnóticos	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h.		Inalantes (poppers, snappers, rush, whippets)	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i.		Outras drogas ilícitas (especifique) _____	____ ____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Nos últimos 30 dias, você injetou alguma droga? [SE ALGUMA VIA DE ADMINISTRAÇÃO INDICADA DE B2a A B2i FOR = 4 OU 5, SIGNIFICA QUE B3 NECESSARIAMENTE TEM QUE SER = SIM]

- SIM  
 NÃO  
 RECUSO RESPONDER  
 NÃO SEI

[SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA, RECUSO RESPONDER OU "NÃO SEI", PULA PARA A SEÇÃO C]

4. Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou seringa/agulha, colher, algodão ou água que havia sido usada por outra pessoa?

- Sempre  
 Mais da metade das vezes  
 Metade das vezes  
 Menos da metade das vezes  
 Nunca  
 RECUSO RESPONDER  
 NÃO SEI

## C. CONDIÇÕES DE MORADIA E VIDA FAMILIAR

1. Nos últimos 30 dias, onde você morou a maior parte do tempo? *[NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS DE RESPOSTAS PARA O CLIENTE]*

- ABRIGO (ABRIGO RESIDENCIAL, ABRIGO TEMPORÁRIO, CASAS OU CENTROS DE ACOLHIMENTO, CENTRO-DIA, OUTROS CENTROS DE PERNOITE OU DE USO DURANTE O DIA)
- NA RUA/FORA (CALÇADA, PORTA DE PRÉDIO, PARQUE, PRÉDIO PÚBLICO OU ABANDONADO)
- INSTITUIÇÃO (HOSPITAL, CLÍNICA, CADEIA/PENITENCIÁRIA)
- RESIDÊNCIA: *[SE TIVER MORADIA, INDIQUE A SUBCATEGORIA ADEQUADA:]*
  - TENHO OU ALUGO APARTAMENTO, QUARTO OU CASA
  - APARTAMENTO, QUARTO OU CASA DE OUTRA PESSOA
  - CONJUNTO RESIDENCIAL UNIVERSITÁRIO/ALOJAMENTO ESTUDANTIL
  - RESIDÊNCIA COMUNITÁRIA
  - RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA
  - OUTRA MORADIA (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

2. Nos últimos 30 dias, você sofreu muita tensão ou estresse devido ao uso de álcool ou outras drogas? *[SE A RESPOSTA INDICADA EM B1a OU B1c FOR MAIS DE 0, C2 NÃO PODE SER = “NÃO SE APLICA”]*

- Não
- Um pouco
- Bastante
- Extremamente
- NÃO SE APLICA *[USE APENAS SE B1a E B1c = 0]*
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

3. Nos últimos 30 dias, o seu uso de álcool ou outras drogas fez você diminuir ou desistir de atividades importantes? *[SE A RESPOSTA INDICADA EM B1a OU B1c FOR MAIS DE 0, C3 NÃO PODE SER = “NÃO SE APLICA”]*

- Não
- Um pouco
- Bastante
- Extremamente
- NÃO SE APLICA *[USE APENAS SE B1a E B1c = 0]*
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

**C. CONDIÇÕES DE MORADIA E VIDA FAMILIAR (continuação)**

4. Nos últimos 30 dias, o seu uso de álcool ou outras drogas lhe causou problemas emocionais? *[SE A RESPOSTA INDICADA EM B1a OU B1c FOR MAIS DE 0, C4 NÃO PODE SER = "NÃO SE APLICA"]*

- Não
- Um pouco
- Bastante
- Extrema tensão
- NÃO SE APLICA *[USE APENAS SE B1a E B1c = 0]*
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

5. *[APENAS PARA CLIENTES DO SEXO FEMININO]* Você está grávida?

- SIM
- NÃO
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

6. Você tem filhos?

- SIM
- NÃO
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

*[SE A RESPOSTA FOR NÃO, RECUSO RESPONDER OU "NÃO SEI", PULA PARA A SEÇÃO D]*

a. Quantos filhos você tem? *[SE C6 FOR SIM, A RESPOSTA EM C6a DEVERÁ SER >0]*

\_\_\_\_|\_\_\_\_|  RECUSO RESPONDER  NÃO SEI

b. Algum de seus filhos está morando com outra pessoa por ordem do juizado de menores?

- SIM
- NÃO
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

*[SE FOR NÃO, "RECUSO RESPONDER" OU "NÃO SEI", PULA PARA A SEÇÃO C6d]*

c. *[SE FOR SIM:]* Quantos de seus filhos estão morando com outra pessoa por ordem do juizado de menores? *[O VALOR EM C6c NÃO PODE SER MAIOR QUE O EM C6a]*

\_\_\_\_|\_\_\_\_|  RECUSO RESPONDER  NÃO SEI

d. Você perdeu seus direitos parentais a quantos filhos? *[OS DIREITOS PARENTAIS DO CLIENTE FORAM REVOGADOS]* *[A RESPOSTA AO ITEM C6d NÃO PODE INDICAR VALOR MAIOR QUE NO ITEM C6a]*

\_\_\_\_|\_\_\_\_|  RECUSO RESPONDER  NÃO SEI

**D. ESCOLARIDADE, SITUAÇÃO DE EMPREGO E RENDA**

**1. No momento, você está matriculado em escola/faculdade ou inscrito em algum programa de treinamento? [SE SIM:] Em período integral ou parcial? [SE O CLIENTE ESTIVER PRESO, MARQUE DI COMO “NÃO MATRICULADO/INSCRITO.”]**

- NÃO MATRICULADO/INSCRITO
- MATRICULADO/INSCRITO, PERÍODO INTEGRAL
- MATRICULADO/INSCRITO, PERÍODO PARCIAL
- OUTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

**2. Qual é o seu nível mais alto de escolaridade concluído, tendo ou não recebido diploma?**

- NUNCA FREQUENTEI ESCOLA
- 1ª SÉRIE
- 2ª SÉRIE
- 3ª SÉRIE
- 4ª SÉRIE
- 5ª SÉRIE
- 6ª SÉRIE
- 7ª SÉRIE
- 8ª SÉRIE
- 1º ANO, ENSINO MÉDIO
- 2º ANO, ENSINO MÉDIO
- 3º ANO, ENSINO MÉDIO
- DIPLOMA DE ENSINO MÉDIO/EQUIVALENTE
- FACULDADE OU ESCOLA SUPERIOR/1º ANO CONCLUÍDO
- FACULDADE OU ENSINO SUPERIOR/2º ANO CONCLUÍDO/DIPLOMA DE CURSO SUPERIOR DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA (DURAÇÃO DE 2 ANOS)
- FACULDADE OU ENSINO SUPERIOR/3º ANO CONCLUÍDO
- DIPLOMA DE BACHARELADO (BA, BS) OU SUPERIOR
- ESCOLA TÉCNICA OU VOCACIONAL APÓS ENSINO MÉDIO, MAS SEM DIPLOMA
- DIPLOMA DE ESCOLA TÉCNICA OU VOCACIONAL APÓS ENSINO MÉDIO
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

**D. ESCOLARIDADE, SITUAÇÃO DE EMPREGO E RENDA (continuação)**

3. **Você está empregado atualmente?** [ESCLAREÇA; USE A SITUAÇÃO DURANTE A MAIOR PARTE DA SEMANA PASSADA PARA DETERMINAR SE O CLIENTE TRABALHOU ALGUM DIA DA SEMANA OU SE TEM UM EMPREGO REGULAR MAS NÃO COMPARECEU AO TRABALHO. [SE A RESPOSTA EM D1 FOR “MATRICULADO/INSCRITO, PERÍODO INTEGRAL” E A RESPOSTA EM D3 INDICAR “EMPREGO EM PERÍODO INTEGRAL”, PEÇA ESCLARECIMENTO. SE O CLIENTE ESTIVER PRESO E NÃO TIVER NENHUM EMPREGO FORA DA CADEIA, MARQUE D3 COMO “DESEMPREGADO, NÃO ESTÁ PROCURANDO EMPREGO.”]

- EMPREGADO, PERÍODO INTEGRAL (TENHA TRABALHADO NO MÍNIMO 35 HORAS POR SEMANA; OU DEVERIA TER TRABALHADO)
- EMPREGADO, PERÍODO PARCIAL
- DESEMPREGADO; PROCURANDO EMPREGO
- DESEMPREGADO; INCAPACITADO
- DESEMPREGADO; TRABALHO VOLUNTÁRIO
- DESEMPREGADO; APOSENTADO
- DESEMPREGADO; NÃO ESTÁ PROCURANDO EMPREGO
- OUTRO (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

4. **Quanto dinheiro, aproximadamente, VOCÊ recebeu (antes de deduzir imposto de renda individual) nos últimos 30 dias...** [SE D3 NÃO INDICAR “EMPREGADO” E O VALOR INDICADO EM D4a FOR > 0, PERGUNTE MAIS PARA ESCLARECER. SE D3 = “DESEMPREGADO, PROCURANDO EMPREGO” E D4b = 0, PERGUNTE MAIS PARA ESCLARECER. SE D3 = “DESEMPREGADO, APOSENTADO” E D4c = 0, PERGUNTE MAIS PARA ESCLARECER. SE D3 = “DESEMPREGADO, INCAPACITADO” E D4d = 0, PERGUNTE MAIS PARA ESCLARECER.

		RR	NS
a. Salário/remuneração	\$  __ __  .  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Assistência pública	\$  __ __  .  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Aposentadoria	\$  __ __  .  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Seguro, incapacitação física	\$  __ __  .  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Renda não legal	\$  __ __  .  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Parentes ou amigos	\$  __ __  .  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. OUTRO (ESPECIFIQUE)	\$  __ __  .  __ __	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**E. SITUAÇÃO REFERENTE A CRIMINALIDADE E JUÍZO PENAL**

1. **Nos últimos 30 dias, quantas vezes você foi preso?**

|\_\_|\_\_| VEZES     RECUSO RESPONDER     NÃO SEI

[SE NÃO FOI PRESO, PASSE AO ITEM E3]

2. **Nos últimos 30 dias, quantas vezes você foi preso por delito relacionado a drogas?** [A RESPOSTA INDICADA EM E2 NÃO PODE SER MAIOR QUE EM E1]

|\_\_|\_\_| VEZES     RECUSO RESPONDER     NÃO SEI

3. Nos últimos 30 dias, quantas noites você passou em cadeia ou penitenciária? [SE A RESPOSTA INDICADA EM E3 FOR MAIOR QUE 15, C1 DEVE NECESSARIAMENTE SER = INSTITUIÇÃO (CADEIA/PENITENCIÁRIA). SE C1 = INSTITUIÇÃO (CADEIA/PENITENCIÁRIA), A RESPOSTA EM E3 DEVE NECESSARIAMENTE SER MAIOR QUE OU IGUAL A 15]

\_\_\_\_|\_\_\_\_| NOITES     RECUSO RESPONDER     NÃO SEI

4. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você cometeu um crime? [VEJA O NÚMERO DE DIAS DE USO DE DROGAS ILÍCITAS NO ITEM B1c NA PÁGINA 4. A RESPOSTA A E4 AQUI DEVE SER IGUAL A OU MAIOR QUE O NÚMERO INDICADO EM B1c, PORQUE O USO DE DROGAS ILÍCITAS É CRIME]

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| VEZES     RECUSO RESPONDER     NÃO SEI

5. No momento, você está aguardando acusação, julgamento ou sentença?

- SIM
- NÃO
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

6. Você está atualmente em liberdade condicional ou com pena judicial condicionalmente suspensa?

- SIM
- NÃO
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

**F. PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL - TRATAMENTO/RECUPERAÇÃO**

1. Como você classificaria o seu estado geral de saúde no momento?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Médio
- Mau
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

2. Nos últimos 30 dias você recebeu:

a. Atendimento hospitalar com internação para:

[SE A RESPOSTA FOR POSITIVA]

Quantas noites, no total

	SIM		NÃO	RR	NS
i. Queixa de problema físico	<input type="radio"/>	_____ noites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Dificuldade mental ou emocional	<input type="radio"/>	_____ noites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de álcool ou outra substância	<input type="radio"/>	_____ noites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**F. PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL - TRATAMENTO/RECUPERAÇÃO (continuação)**

**b. Atendimento ambulatorial para:**

*[SE A RESPOSTA FOR POSITIVA]*

Quantas vezes, no

	SIM	total	NÃO	RR	NS
i. Queixa de problema físico	<input type="radio"/>	_____ vezes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Dificuldade mental ou emocional	<input type="radio"/>	_____ vezes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de álcool ou outras substâncias	<input type="radio"/>	_____ vezes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**c. Atendimento em pronto-socorro de emergência:**

*[SE A RESPOSTA FOR POSITIVA]*

Quantas vezes, no

	SIM	total	NÃO	RR	NS
i. Queixa de problema físico	<input type="radio"/>	_____ vezes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. Dificuldade mental ou emocional	<input type="radio"/>	_____ vezes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. Abuso de álcool ou outras substâncias	<input type="radio"/>	_____ vezes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. Nos últimos 30 dias, você teve alguma atividade sexual?**

- Sim
- Não → *[PULA PARA O ITEM F4]*
- PROIBIDO FAZER ESSA PERGUNTA → *[PULA PARA O ITEM F4]*
- RECUSO RESPONDER ..... → *[PULA PARA A ITEM F4]*
- NÃO SEI → *[PULA PARA O ITEM F4]*

*[SE A RESPOSTA FOR POSITIVA]* No total, quantos:

	Contatos	RR	NS
a. Contatos sexuais (vaginal, oral ou anal) você teve?	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Contatos sexuais sem proteção você teve? <i>[A RESPOSTA INDICADA EM F3b NÃO PODE SER MAIOR QUE EM F3a] [SE A RESPOSTA FOR ZERO, PULA PARA O ITEM F4]</i>	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Contatos sexuais sem proteção com pessoa que: <i>[NENHUM ITEM DE F3c1 A F3c3 PODE SER MAIOR QUE O VALOR INDICADO EM F3b]</i>			
1. era ou é portadora do vírus HIV ou de AIDS	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. injeta drogas	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. estava sob efeito ("high") de alguma substância	_ _ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**F. PROBLEMAS DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL - TRATAMENTO/RECUPERAÇÃO (continuação)**

**4. Você alguma vez foi testado quanto ao vírus do HIV?**

- Sim..... [PULA PARA O ITEM F4a]
- Não ..... [PULA PARA O ITEM F5]
- RECUSO RESPONDER ..... [PULA PARA O ITEM F5]
- NÃO SEI ..... [PULA PARA O ITEM F5]

**4a. Você sabe os resultados do seu teste de HIV?**

- Sim
- Não

**5. Nos últimos 30 dias, sem considerar os efeitos de álcool ou drogas, quantos dias você:**

	Dias	RR	NS
a. Teve grave depressão	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Teve grave ansiedade ou tensão	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Teve alucinações	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Teve dificuldade de compreensão, concentração ou memória	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Teve dificuldade em controlar comportamento de violência	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Tentou suicídio	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Recebeu receita médica para problema psicológico ou emocional	_ _ _	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**[SE O CLIENTE RESPONDER ZERO DIAS, RF OU DK A TODOS OS ITENS DA PERGUNTA 5, PULA PARA A SEÇÃO G]**

**6. Em que medida esses problemas psicológicos ou emocionais o incomodaram nos últimos 30 dias?**

- Nada
- Ligeiramente
- Médio
- Bastante
- Extremamente
- RECUSO RESPONDER
- NÃO SEI

## G RELAÇÕES SOCIAIS

1. Nos últimos 30 dias, você participou de algum grupo voluntário de autoajuda para recuperação, que não fosse afiliado a uma organização religiosa ou baseada em algum tipo de fé? Ou seja, você participou de alguma organização não-profissional, coordenada por leigos, dedicada a ajudar pessoas viciadas, como, por exemplo: Alcoholics Anonymous, Narcotics Anonymous, Oxford House, Secular Organization for Sobriety, Women for Sobriety etc.
  - SIM *[SE A RESPOSTA FOR POSITIVA]* ESPECIFIQUE QUANTAS VEZES
  - RECUSO RESPONDER       NÃO SEI
  - NÃO
  - RECUSO RESPONDER
  - NÃO SEI
  
2. Nos últimos 30 dias, você participou de algum grupo de autoajuda para recuperação afiliado a alguma organização religiosa ou baseada em algum tipo de fé?
  - SIM *[SE A RESPOSTA FOR POSITIVA]* ESPECIFIQUE QUANTAS VEZES \_\_\_\_\_
  - RECUSO RESPONDER       NÃO SEI
  - NÃO
  - RECUSO RESPONDER
  - NÃO SEI
  
3. Nos últimos 30 dias, você compareceu a reuniões de alguma organização de apoio a recuperação, fora as organizações mencionadas acima?
  - SIM *[SE A RESPOSTA FOR POSITIVA]* ESPECIFIQUE QUANTAS VEZES
  - RECUSO RESPONDER       NÃO SEI
  - NÃO
  - RECUSO RESPONDER
  - NÃO SEI
  
4. Nos últimos 30 dias, você teve alguma interação com parentes ou amigos que apóiam a sua recuperação?
  - SIM
  - NÃO
  - RECUSO RESPONDER
  - NÃO SEI
  
5. Quem você procura quando está passando por alguma dificuldade? *[SELECIONE APENAS UMA RESPOSTA]*
  - NINGUÉM
  - MEMBRO DO CLERO/PADRE
  - PARENTE
  - AMIGOS
  - RECUSO RESPONDER
  - NÃO SEI
  - OUTRO (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

**I. ESTADO DO ACOMPANHAMENTO**

**[INFORMAÇÃO SOBRE O CLIENTE RELATADA POR MEMBRO DA EQUIPE DO PROGRAMA APENAS NA OCASIÃO DO ACOMPANHAMENTO]**

**1. Qual é o estado do cliente na ocasião do acompanhamento? [A RESPOSTA A ESTA PERGUNTA É OBRIGATÓRIA: AS RESPOSTAS N/A, RECUSO RESPONDER, NÃO SEI E AUSENTE NÃO SÃO ACEITAS].**

- 01 = Falecido quando da data final
- 11 = Entrevista realizada dentro do prazo estabelecido
- 12 = Entrevista realizada fora do prazo estabelecido
- 21 = Localizado mas se recusou; indefinido
- 22 = Localizado mas não foi possível obter acesso institucional
- 23 = Localizado mas não foi possível obter acesso
- 24 = Localizado mas saiu do projeto
- 31 = Não foi possível localizar o cliente; mudou-se
- 32 = Não foi possível localizar o cliente; outro motivo (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

**2. O cliente ainda recebe serviços do seu programa?**

- Sim
- Não

**[SE ESTA FOR UMA ENTREVISTA DE ACOMPANHAMENTO, PARE AGORA; A ENTREVISTA FOI CONCLUÍDA]**

**J. ESTADO DE ALTA**

**[INFORMAÇÃO SOBRE O CLIENTE RELATADA POR MEMBRO DA EQUIPE DO PROGRAMA APENAS NA OCASIÃO DA ALTA]**

**1. Em que data foi dada alta ao cliente?**

\_\_\_\_|\_\_\_\_| / \_\_\_\_|\_\_\_\_| / \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  
MÊS                      DIA                      ANO

**2. Qual é a situação de alta do cliente?**

- 01 = Conclusão/formou-se
  - 02 = Retirado do programa
- Se o cliente foi retirado do programa, qual foi o motivo? [SELECIONE APENAS UMA RESPOSTA]
- 01 = Saiu por si mesmo, contrário à recomendação da equipe, tendo evoluído satisfatoriamente
  - 02 = Saiu por si mesmo, contrário à recomendação da equipe, sem ter evoluído satisfatoriamente
  - 03 = Alta involuntária devida à falta de participação
  - 04 = Alta involuntária devida à infração das regras
  - 05 = Encaminhado a outro programa ou serviços, tendo evoluído satisfatoriamente
  - 06 = Encaminhado a outro programa ou serviços, sem ter evoluído satisfatoriamente
  - 07 = Preso devido a delito cometido durante o período de tratamento/recuperação; evolução satisfatória
  - 08 = Preso devido a delito cometido durante o período de tratamento/recuperação; evolução insatisfatória
  - 09 = Preso por mandato de prisão ou acusação antiga, anterior à entrada no tratamento/recuperação; evolução satisfatória
  - 10 = Preso por mandato de prisão ou acusação antiga, anterior à entrada no tratamento/recuperação; evolução insatisfatória
  - 11 = Transferido a outra local por motivo de saúde
  - 12 = Óbito
  - 13 = Outro (especifique) \_\_\_\_\_

**3. O programa realizou teste de HIV no cliente?**

- Sim..... [PULA PARA A SEÇÃO K]
- Não ..... [PULA PARA O ITEM J4]

**4. [SE A RESPOSTA FOR NEGATIVA] O programa encaminhou este cliente para teste?**

- Sim
- Não

**K. SERVIÇOS RECEBIDOS**

**[INFORMAÇÃO SOBRE O CLIENTE RELATADA POR MEMBRO DA EQUIPE DO PROGRAMA APENAS NA OCASIÃO DA ALTA]**

**Indique o número de DIAS de serviços prestados ao cliente durante o período tratamento/recuperação. [INDIQUE ZERO SE NÃO FOI PRESTADO NENHUM SERVIÇO. DEVE SER INDICADO PELO MENOS 1 DIA CORRESPONDENTE À MODALIDADE]**

Modalidade	Dias
1. Administração de casos	_____
2. Tratamento em hospital-dia	_____
3. Internação/Hospital (não para desintoxicação)	_____
4. Ambulatorial	_____
5. Serviços de extensão à comunidade	_____
6. Ambulatório intensivo	_____
7. Metadona	_____
8. Residencial/reabilitação	_____
9. Desintoxicação (assinale apenas uma resposta) <input type="checkbox"/>	
A. Internação hospitalar	_____
B. Clínica residencial autônoma	_____
C. Desintoxicação em ambulatório	_____
10. Pós-tratamento	_____
11. Apoio para recuperação	_____
12. Outro (especifique) _____	_____

**Indique o número de SESSÕES realizadas com o cliente durante o período de tratamento/recuperação. [INDIQUE ZERO SE NÃO FOI PRESTADO NENHUM SERVIÇO]**

Serviços terapêuticos	Sessões
<b>[VERBAS, SBIRT: É NECESSÁRIO INDICAR PELO MENOS UMA SESSÃO DE UM DOS SERVIÇOS TERAPÊUTICOS NUMERADOS DE 1 A 4]</b>	
1. Triage	_____
2. Intervenção breve	_____
3. Tratamento breve	_____
4. Encaminhamento para tratamento	_____
5. Avaliação	_____
6. Planejamento do tratamento/recuperação	_____
7. Orientação individual	_____
8. Orientação em grupo	_____
9. Orientação familiar/casal	_____
10. Tratamento/serviços simultâneos	_____
11. Intervenção farmacológica	_____
12. Orientação HIV/AIDS	_____
13. Outros serviços clínicos (especifique) _____	_____

**Serviços de administração de casos \_\_\_\_\_ Sessões**

1. Serviços para família (inclusive serviços educacionais para casais, pais, e desenvolvimento infantil)	_____
2. Creche	_____
3. Serviço relacionado à procura e obtenção de emprego	_____
A. Pré-emprego	_____
B. Orientação relacionada a emprego	_____
4. Coordenação de serviços individuais	_____
5. Transporte	_____
6. Orientação relacionada a HIV/AIDS	_____
7. Serviços residenciais transicionais em ambiente sem drogas	_____
8. Outros serviços de administração de casos (especifique) _____	_____

Serviços Médicos	Sessões
1. Atendimento médico	_____
2. Teste de drogas e álcool	_____
3. Teste e apoio médico para portadores de HIV/AIDS	_____
4. Outros serviços clínicos (especifique) _____	_____

Serviços pós- tratamento	Sessões
1. Cuidados contínuos	_____
2. Prevenção de recaída	_____
3. Orientação para recuperação	_____
4. Autoajuda e grupos de apoio	_____
5. Apoio espiritual	_____
6. Outros serviços pós-tratamento (especifique) _____	_____

Serviços educativos	Sessões
1. Programa educativo sobre abuso de substâncias	_____
2. Programa educativo sobre HIV/AIDS	_____
3. Outros serviços educativos (especifique) _____	_____

Serviços de apoio à recuperação – grupos de apoio entre pares	Sessões
1. Orientação e mentoria entre pares	_____
2. Apoio relacionado a moradia	_____
3. Atividades sociais em ambiente sem álcool nem drogas	_____
4. Informações e encaminhamento	_____
5. Outros serviços de apoio à recuperação entre pares (especifique) _____	_____